

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**OCORRÊNCIA DE TRAUMATISMOS DENTÁRIOS E
MALOCCLUSÃO EM ESCOLARES DO MUNICÍPIO DE
FLORIANÓPOLIS, SC.**

Ana Maria Klein Lucena



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA
CATARINA CURSO DE GRADUAÇÃO EM
ODONTOLOGIA**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

ANA MARIA KLEIN LUCENA

**OCORRÊNCIA DE TRAUMATISMOS DENTÁRIOS E
MALOCLUSÃO EM ESCOLARES DO MUNICÍPIO DE
FLORIANÓPOLIS, SC.**

Trabalho apresentado à
Universidade Federal de
Santa Catarina, como
requisito para a conclusão
do Curso de Graduação em
Odontologia.

Orientadora: Profª Drª
Michele Bolan
Co-orientadora: Profª Drª
Mariane Cardoso

Florianópolis
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária
da UFSC.

A ficha de identificação é elaborada pelo próprio autor
Maiores informações em:
<http://portalbu.ufsc.br/ficha>

Ana Maria Klein Lucena

**OCORRÊNCIA DE TRAUMATISMOS DENTÁRIOS E
MALOCCLUSÃO EM ESCOLARES DO MUNICÍPIO DE
FLORIANÓPOLIS, SC**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do título de cirurgião-dentista e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 17 de maio de 2016.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra^a Michele Bolan
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Ms. Nashalie Andrade de Alencar

Ms. Angela Giacomini

Aos meus pais, pela sua capacidade de acreditar e investir em mim. Mãe, seu cuidado e dedicação foi que me deram a esperança para seguir. Pai, sua presença significou segurança e certeza de que não estou sozinha nessa caminhada.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse, ao longo de minha vida, e não somente nestes anos como universitária. Que em todos os momentos esteve presente, principalmente na superação das dificuldades, pois, Ele é o maior mestre que alguém pode conhecer.

Aos meus pais Sirlei e Lucena, pelo amor, incentivo e apoio incondicional. A minha formação como profissional não poderia ter sido concretizada sem a sua ajuda. No decorrer de minha vida, proporcionaram-me, além de amor e carinho, os conhecimentos da integridade, da perseverança e de procurar sempre em Deus a força maior para o meu desenvolvimento como ser humano. Por essa razão, gostaria de dedicar a vocês minha eterna gratidão.

Agradeço enormemente a minha mãe Sirlei, heroína que me deu apoio, e incentivo nas horas difíceis, de desânimo e cansaço e que, por inúmeras vezes enxugou minhas lágrimas para amenizar a saudade e para que a caminhada pudesse se concluir.

À professora Dr^a Mariane Cardoso, pela oportunidade de participar deste projeto, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelos seus ensinamentos e incentivos.

À Nashalie, por todo o apoio, pelos ensinamentos e principalmente pela paciência e disposição em ajudar. Obrigada por realizar essa caminhada junto comigo, tornando-a mais descomplicada e agradável.

Agradeço a todos os professores por me proporcionarem não só o conhecimento teórico, mas de formação de caráter profissional. Por tanto que se dedicaram a mim, não somente por terem me ensinado, mas por terem me feito aprender. A palavra mestre, nunca fará justiça aos professores dedicados aos quais sem nominar terão os meus eternos agradecimentos.

Às mestrandas e colegas de projeto Angela Giacomini, Bruna Miroski, Daniele Klein e Fernanda Torres pelos conhecimentos compartilhados.

Aos membros da banca prof^a Dr^a Michele Bolan, Angela Giacomini e Nashalie Alencar, pela disponibilidade e contribuição.

Aos funcionários do curso Rô, Daí, Nil, Luiz e Batista, por sempre estarem dispostos a ajudar.

Aos meus amigos que compartilharam comigo essa caminhada e se tornaram minha família. Aos amigos que mesmo longe estiveram comigo. Para sempre estarão em meu coração.

Aos pacientes, pela oportunidade de atendê-los e pela contribuição à minha formação.

"Antes que você possa alcançar o topo de uma árvore e entender os brotos e as flores, você terá de ir fundo nas raízes, porque o segredo está lá. E, quanto mais fundo vão as raízes, mais alto vai a árvore."

(Nietzsche)

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi investigar uma possível associação entre traumatismo dentário e maloclusão, bem como a ocorrência desses agravos. Foi realizado um estudo do tipo transversal em que a amostra foi constituída por 232 escolares na faixa etária de 8-10 anos, regularmente matriculados nas escolas municipais de Florianópolis-SC. O exame clínico foi realizado em ambiente escolar por 4 examinadores previamente calibrados ($Kappa > 0,7$). A presença de trauma foi avaliada conforme os critérios de classificação de Andreasen & Andreasen modificado. A maloclusão foi considerada presente quando o overjet ≥ 3 mm e mordida aberta anterior ≥ 3 mm. O questionário socioeconômico foi respondido pelos pais. A distribuição das famílias dos participantes segundo a classe econômica foi baseada nos critérios de classificação econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) e dicotomizada em <3 e ≥ 3 salários mínimos. Os dados coletados foram analisados através de estatística descritiva e a associação entre as variáveis foi verificada através do teste Qui-quadrado, considerando o nível de significância de 5%. Dos 232 escolares avaliados, 56,5% eram do sexo feminino. O trauma dental foi diagnosticado em 12,1% da amostra. O overjet acentuado foi diagnosticado em 60,3% dos escolares e a mordida aberta anterior em 5,2%. O trauma dental foi associado ao sexo, idade, maloclusão e socioeconômico e não houve associação significativa ($p > 0,05$). Concluiu-se que não há associação entre o traumatismo dentário e as variáveis avaliadas.

Palavras-chave: traumatismos dentários, maloclusão, etiologia.

ABSTRACT

The aim of this study was to investigate a possible association between dental trauma and malocclusion, as well as the prevalence of these grievances. Was made a cross-sectional study in which the sample consisted of 232 schoolchildren aged 8-10 years, enrolled in municipal schools in the city of Florianópolis-SC. Clinical examination was performed in the school environment by 4 previously calibrated examiners ($\kappa > 0.7$). Presence of trauma was evaluated according to the classification criteria of Andreasen & Andreasen's modified. The malocclusion was considered present when the accentuated overjet $\geq 3\text{mm}$ and the anterior open bite $\geq 3\text{mm}$. The socioeconomic questionnaire was answered by parents. The distribution of the family participantes according to the economic class was based on the classification criteria of economic by Research Companies Brazilian Association (ABEP) and dichotomized into <3 or ≥ 3 minimum wages. The data collected were analyzed by the descriptive statistics and the association between the variables was verified using the Chi-square test, with the 5% level of significance. In the 232 students in this study, 56,5% were girls. The dental trauma was diagnosed in 12, 1% of the sample. The accentuated overjet was diagnosed in 60,3% of the students and anterior open bite the accentuated overjet in 5,2. The dental trauma was associated with sex, age and malocclusion and there was no significant association ($p > 0.05$). Summing up, the chi -square test showed there were no significant association between the dental trauma and the variables analyzed.

Key words: dental trauma, malocclusion, etiology.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Análise descritiva dos dados coletados dos escolares examinados. Florianópolis, SC, Brasil, 2015 (n=232).....	30
Tabela 2: Associação do trauma dental em escolares de 8 a 10 de idade em Florianópolis, SC, Brasil, 2015 (n=232).....	37
Tabela 3: Associação do overjet acentuado com sexo e idade em escolares de 8 a 10 anos de idade em Florianópolis, SC, Brasil, 2015 (n=232).....	38
Tabela 4: Associação de MAA com sexo e idade em escolares de 8 a 10 de idade em Florianópolis, SC, Brasil, 2015 (n=232).	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SC- Santa Catarina

TDI – *Traumatic Dental Injuries*

OMS – Organização Mundial da Saúde

SS- Sobressaliência

SM- Sobremordida

ABIPEME- Associação Brasileira de Institutos de Pesquisas
Mercadológicas

IODD- Impacto Odontológico no Desempenho Diário

AUDIT -The Alcohol Use Disorders Identification Test

MAA – Mordida aberta anterior

MCA- Mordida cruzada anterior

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ABEP- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

LED- *Light Emitting Diode*

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	18
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	20
3. OBJETIVOS.....	29
3.1 Objetivo geral	29
3.2 Objetivos específicos	29
4. METODOLOGIA	31
4.1 Considerações Éticas.....	31
4.2 Delineamento da Pesquisa	31
4.3 Seleção da amostra	31
4.4 Coleta de dados.....	31
4.5 Análise dos dados	33
5. RESULTADOS.....	35
6. DISCUSSÃO.....	40
7. CONCLUSÃO	44
REFERÊNCIAS	46
ANEXO 1- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	51
ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PAIS/RESPONSÁVEIS.....	53
ANEXO 3- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CRIANÇAS.....	55
ANEXO 4– QUESTIONÁRIO SÓCIOECONÔMICO	57
APÊNDICE 1 – FICHA CLÍNICA.....	58

1.INTRODUÇÃO

O controle de doenças bucais em saúde pública é baseado em fatores de risco e é realizado através de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças (PAIVA et. al., 2013). Com a diminuição da prevalência da doença cárie, o foco dos estudos epidemiológicos voltou-se para outros problemas de saúde bucal, como o traumatismo dentário (TDI), que é o segundo tipo de agravo bucal mais prevalente em crianças (SIQUEIRA et. al., 2013).

O trauma dental é uma lesão, acidental ou intencional, que pode afetar os tecidos mineralizados ou de sustentação dos dentes e que pode variar em extensão, gravidade e intensidade e pode ser diagnosticada através de exame clínico ou radiográfico (SOTO et al., 2011). De acordo com QUARANTA et al., (2014), a faixa etária mais acometida é a de 8-12 anos.

Traumatismos dentários em crianças são frequentemente decorrentes de quedas acidentais, mas também podem ser causados por outros fatores, como acidentes automobilísticos, práticas esportivas e atividades recreativas (ALTUN et. al., 2009). Os dentes ântero-superiores são os mais acometidos por trauma, sendo o incisivo central o dente mais afetado, seguido pelo incisivo lateral. Na maioria dos casos, isso pode levar a dificuldades para se alimentar, falar com clareza e sentir vergonha ao mostrar os dentes (CAVALCANTI et al., 2009; GUPTA et al., 2011). O tipo de trauma dentário mais prevalente é a fratura de esmalte (PATEL, 2012; GOVINDARAJAN et al., 2012; DUA e SHARMA, 2012).

De acordo com SOTO et al., (2011) a maloclusão é a relação oclusal desarmonica que necessita tratamento ortodôntico, pois tem como conseqüências a diminuição da função mastigatória, afeta a fala e estética e predispõe ao trauma. A alta prevalência da maloclusão em casos estudados de traumatismos dentários justifica a investigação de uma possível associação entre esses fatores.

De acordo com estudos epidemiológicos, a gravidade da maloclusão varia conforme as faixas etárias, sendo maior na dentição permanente. A sua prevalência apresenta grande variação, podendo ocorrer de 10% a 90% dos casos, em crianças e adolescentes. (CORSATO, BIAZEVIC e CORSATO, 2005).

A origem das maloclusões é multifatorial e pode ser classificada em causas hereditárias e adquiridas. Entende-se por hereditárias aquelas influenciadas pela miscigenação racial, que seguem um padrão genético,

como anomalias de tamanho, forma e número de dentes. As causas adquiridas podem ser subdivididas em gerais, como traumatismos, enfermidades sistêmicas e fatores nutricionais, ou locais, como perda prematura de dentes decíduos, anomalias de número e hábitos bucais. (ALMEIDA et al., 2007, p.390).

Segundo CAVALCANTI et al (2008) as maloclusões mais prevalentes relatadas em estudos são o overjet e sobremordida acentuadas, a mordida aberta anterior e a mordida cruzada posterior. É importante diagnosticar as oclusopatias, principalmente no serviço público, para que seja instituído tratamento para as alterações mais severas. O overjet acentuado, além de representar um fator de risco ao traumatismo dentário, gera impacto na qualidade de vida de crianças e adolescentes. (MEDEIROS, CAVALCANTI e ALENCAR 2007, p.27).

O selamento labial inadequado é um fator anatômico relatado em diversos estudos como um dos principais fatores predisponentes ao trauma dental de dentes anteriores (MEDEIROS, CAVALCANTI e ALENCAR., 2007; PATEL, 2012; CORDERO et al., 2011; GOVINDARAJAN et al., 2012). Em se tratando de overjet, quando aumentado, é considerado um fator de risco ao traumatismo dentário (PATEL, 2012; SORIANO e JÚNIOR., 2004; CORDERO et al., 2011).

Alguns estudos relatam a prevalência de traumatismos dentários em crianças portadoras de maloclusão classe II de Angle (DUA e SHARMA, 2012; PATEL, 2012). Entretanto há relatos onde a relação entre maloclusão e trauma dental não foi encontrada (ALMEIDA, 2007; MEDEIROS, CAVALCANTI e ALENCAR 2007).

2. REVISÃO DE LITERATURA

Soriano e Júnior (2004) realizaram um estudo piloto para avaliar os fatores de risco de traumatismo em dentes anteriores permanentes de escolares de 12 anos. Foram selecionados aleatoriamente 116 escolares, de escolas públicas e particulares, de ambos os sexos. O principal fator associado ao traumatismo foi o overjet aumentado. Do total de crianças, 23,3% apresentaram traumatismo dental, sendo que a prevalência foi maior para o grupo de escola pública (25,9%). Os meninos foram mais acometidos (30%) do que as meninas (16%), porém essa diferença não se apresentou estatisticamente significativa. A presença de overjet aumentado foi verificada em 34,5% das crianças, sendo que as que apresentaram overjet >5 mm eram as mais acometidas por traumatismo (35%). O incisivo central superior foi o dente mais afetado (48,14%) e a fratura mais frequente foi a fratura apenas em esmalte (59,25%). Queda (33,%) e colisões com pessoas ou objetos inanimados (29,6%) foram relatadas como causas principais dos traumatismos dentários. Concluiu-se que o overjet aumentado com > 5 mm é fator de risco para traumatismo dentário.

Com o objetivo de avaliar a prevalência de maloclusões e traumatismo dentário, Bezerra, Cavalcanti e De Alencar (2007) avaliaram 50 crianças, estudantes de escola municipal, entre 6-12 anos, selecionadas ao acaso. Os dados foram obtidos através de exame clínico, em ambiente com iluminação natural e com examinador calibrado. Para o diagnóstico da maloclusão foram observadas as seguintes variáveis: presença/ausência de mordida aberta anterior (severa ≥ 3 mm) e de mordida cruzada anterior e/ou posterior, sobressaliência, a sobremordida e relação molar. Para o diagnóstico de trauma, além do exame clínico, foi aplicado questionário sobre a ocorrência de trauma e sua etiologia. Também foi determinado o tipo de selamento labial. Do total de crianças avaliadas, 84% apresentaram algum tipo de maloclusão. A mais frequente foi a sobressaliência acentuada (50%), seguida por mordida cruzada (32%), mordida aberta anterior (28 %) e sobremordida acentuada (8%). Dos casos de mordidas aberta anterior, a maioria (64%) apresentou em grau severo 64,3%. Quanto à mordida cruzada, a posterior foi a mais prevalente, representando 62,5% dos casos, seguida por sua forma associada com a anterior em 25% dos casos. A mordida cruzada anterior representou apenas 12,5% da amostra. Na subdivisão da mordida cruzada posterior, a unilateral direita representou a maior parte da amostra, com 64,3% dos casos. A maioria das crianças (54%)

possuía relação classe I. A relação entre gênero e maloclusão não apresentou significância estatística. Quanto ao traumatismo dentário, 32% da amostra apresentou algum tipo de traumatismo e a faixa etária de maior prevalência é de 10-12 anos e mais comum no sexo masculino (62,5%). O tipo de fratura mais comum foi fratura de esmalte. A relação entre traumatismo e selamento labial mostrou-se estatisticamente significativa, ou seja, o selamento labial inadequado foi um fator predisponente para o traumatismo. 81,3% da amostra foi constituída por crianças portadoras de maloclusão que sofreram traumatismo, porém não foi observada diferença estatisticamente significativa.

Almeida et al.(2007) realizaram um estudo para estimar a prevalência de maloclusão, bem como as possíveis diferenças existentes entre gêneros. A amostra foi composta por 957 escolares de 7-11 anos, provenientes do ensino fundamental de seis escolas da rede estadual de Manaus. As escolas foram selecionadas por critério de semelhança quanto ao número de alunos e os escolares foram selecionados e examinados ao acaso. A coleta de dados foi realizada através de exame clínico por um único examinador calibrado. Os critérios avaliados foram o tipo de oclusão, apinhamento dentário, sobressaliência e sobremordida, mordida cruzada anterior e posterior, mordida aberta anterior, ausência dentária, deglutição, articulação temporomandibular e presença de hábitos bucais deletérios. No que se refere à oclusão, 630 (66%) eram portadores de maloclusão. Quanto à classificação de Angle, 48% dos escolares eram Classe II, 45% Classe I e 7% Classe III. A mordida cruzada anterior foi encontrada em 5,6% das crianças e a posterior em 3,0%. Apenas 0,002% (2 crianças) apresentavam mordida aberta posterior, enquanto que a anterior foi mais prevalente, representou 5,9% dos casos. Os hábitos bucais deletérios apresentaram alta prevalência (42%), sendo o mais frequente a onicofagia (35,5%). O apinhamento foi encontrado em 22% dos casos em região ântero-inferior. A sobremordida foi encontrada em 23,8% dos casos e a ausência dentária esteve presente em número elevado (28,9%). Entre os gêneros não houve diferença significativa entre os portadores de maloclusão. A prevalência entre meninos foi de 69,08% e entre meninas de 62,87%.

Soto et al. (2011) realizaram um estudo para estimar a prevalência de traumatismo dentoalveolar e sua associação com a presença da maloclusão relacionada a sexo e idade. A amostra foi composta por 125 crianças de 0- 15 anos, com pelo menos um tipo de trauma dentoalveolar, segundo a classificação de Ingeborg Jacobsen de Oslo. Foi instituído um grupo controle com características similares à do

grupo de estudo, porém com ausência de trauma dentoalveolar. Os dados foram obtidos a partir de exame clínico. Do total de crianças portadoras de maloclusão, 76,8% apresentavam traumatismo dentoalveolar. A idade mais acometida por traumas foi entre 5-9 anos (53,6%) e foi mais prevalente nos meninos. A relação entre sexo e maloclusão não se mostrou estatisticamente significativa e os meninos com maloclusão são os mais acometidos por traumatismos dentários.

Com o objetivo de relacionar o traumatismo dentoalveolar com sobressaliência e tipo de selamento labial, Cordero et al. (2011) desenvolveram um estudo transversal descritivo com crianças de 0-15 anos. A amostra foi composta por 125 pacientes que apresentaram pelo menos um tipo de traumatismos dentoalveolares segundo a classificação de Ingeborg Jacobsen de Oslo, Noruega. Para a coleta de dados realizou-se exame clínico onde foi avaliado a sobressaliência, o tipo de selamento labial, o dente afetado e o tipo de lesão. Quando avaliada a sobressaliência, 47,2% apresentaram transpasse de um terço de coroa e 36,8% transpasse de meia ou uma coroa. Verificou-se que 100% dos traumas ocorreram nos incisivos superiores, predominando o trauma no incisivo central esquerdo, exceto quando há transpasse de uma coroa, onde o incisivo central direito é o mais afetado (46,2%). Ao relacionar o dente traumatizado com o tipo de selamento labial, 53,6% apresentaram selamento labial inadequado e 46,4% selamento labial adequado. Para ambas as situações, em 95,8% dos casos o tipo de selamento labial não influenciou na ocorrência do trauma. No entanto, ao considerar o selamento labial para estimar o risco relativo, ele se mostrou como fator de proteção aos incisivos em caso de traumatismo dentoalveolar. Não há relação significativa entre a sobressaliência com o dente e o tipo de trauma e o selamento labial está presente como fator de proteção ao dente.

Com o objetivo de avaliar a prevalência de maloclusões em escolares de baixo nível socioeconômico, o estudo de Carvalho, Alves e Alves (2011) foi realizado em três escolas públicas no município de Uberaba com predomínio de crianças com baixo nível socioeconômico. Os dados foram coletados através de exame clínico realizado em ambiente escolar com 570 crianças entre 5 e 8 anos de idade. Em relação ao sexo, 51,9% eram do sexo masculino e 48,1% do sexo feminino. Ao analisar a posição labial superior, em 82,8% das crianças apresentou-se normal, comparada com as protruída (15%) e retruída (2,1%). A posição labial inferior normal também esteve presente na maioria das crianças (67,3%), seguida pelas posições protruída (30,3%) e retruída (2,3%). Observou-se que 98% das crianças possuíam respiração normal e 1,9%

respiração bucal. Considerando a presença de hábitos bucais, 75,6% não apresentaram nenhum hábito, enquanto que 3,3% das crianças mordem lábios, 2,3% chupam os dedos, 0,2% usam chupeta e 14,2% roem unha. O trespasse vertical foi considerado normal em 44% das crianças, excessivo em 16,1%, borda a borda em 23,1% e negativo em 16% dos casos avaliados. Em relação ao trespasse horizontal, 52,1% apresentavam normal, 21,4% excessivo, 24% borda a borda e 2,5% negativo. A mordida cruzada esteve presente em 12,6% das crianças avaliadas. A maloclusão foi observada em 87,7% das crianças e houve diferença significativa entre os sexos ($p < 0,05$), sendo o masculino o mais afetado. As relações entre idade de hábitos, oclusão e hábitos e oclusão e fala foram investigadas porém não apresentaram diferença estatística.

O estudo transversal realizado por Patel (2012) teve como objetivo estimar a prevalência de traumatismo dental em dentes anteriores permanentes, e seus fatores de risco. A investigação foi realizada com uma amostra de 3.708 escolares, de ambos os sexos, na faixa etária de 8-13 anos. A seleção das escolas e das crianças foi feita randomicamente. As crianças que tinham completado 8 ou 13 anos em seu último aniversário e as quais os incisivos permanentes haviam entrado em erupção foram incluídas neste estudo. Foram excluídas crianças submetidas ou com tratamento ortodôntico finalizado, com dentes anteriores permanentes não irrompidos ou perdidos por cáries ou crianças que possuíam anadontia parcial/total. Para a coleta de dados foi aplicado um questionário para investigar a idade em que o trauma ocorreu, onde ocorreu e as causas, sexo e dados socioeconômicos. Também foi realizado um exame clínico onde foi avaliado o tipo de trauma, o tamanho do overjet incisal, o tipo de selamento labial e a relação molar, baseada na classificação de Angle. A avaliação das lesões traumáticas foi baseada na classificação de Andreasen para lesões traumáticas de dentes anteriores, juntamente com códigos da Organização Mundial de Saúde (OMS). Fraturas radiculares foram desconsideradas devido à falta de radiografias. Do total de crianças examinadas, 8,76% apresentaram algum tipo de lesão traumática de dente anterior. A idade mais afetada pelos traumatismos dentários foi de 8-10 anos, com pico aos 9 anos e a razão de prevalência entre meninos e meninas é de 1,28:1. Crianças com selamento labial inadequado (24,19%) foram as que mais apresentaram traumatismos e se comparadas às com selamento labial adequado, têm 5.4 mais chance de ter algum tipo de traumatismo. A maior prevalência de crianças com dentes traumatizados era Classe II divisão 1 (16,07%), enquanto que o

menor número era Classe II divisão II (3,90%). Crianças que apresentam Classe II divisão 1 foram 2,05 vezes mais propensas a ter algum tipo de traumatismo em dente anterior em relação à crianças que apresentam Classe I. O maior número de crianças com traumatismos eram as portadoras de sobressaliência >5 mm, que foi identificado como importante fator de risco à traumatismo de dentes anteriores. Verificou-se que a maioria das fraturas ocorria em casa (43,87%), como consequência de queda (43,86%) e os tipos de fratura mais comuns foram o de fratura de esmalte (46,7%) seguida por fratura de esmalte e dentina (35,45%). Os dentes mais afetados por fraturas foram o incisivo central superior (83%) e o incisivo lateral superior (9,05%).

Soares (2012) realizou um estudo descritivo analítico baseado nos dados de prontuários clínicos de pacientes na faixa etária de 0-12 anos para avaliar a prevalência de traumatismos dentários na dentição decídua e permanente jovem. A amostra foi composta de 623 prontuários. Foram analisados dados como idade do paciente na consulta, idade quando o trauma ocorreu, gênero, tipo de trauma, dente traumatizado, relato do trauma na anamnese e no exame clínico, tipo de selamento labial, mordida aberta e ceo/CPO-D. A frequência de pacientes que relatou algum tipo de trauma foi de 18% e a frequência de trauma avaliada no exame clínico foi de 10,8%. Quanto ao gênero, a presença de trauma foi mais prevalente no gênero masculino (50,9%). A fratura de esmalte/dentina foi a mais prevalente, estando presente em 31,3% dos casos e o dente mais acometido por trauma foi o dente 51 com prevalência de 36,4% dos casos, seguido pelo 61 com 25,5% e 11 com 15,5%. Quanto à faixa etária, a que apresentou maior número de traumas foi a de 3-5 anos com 36,8% dos casos. Verificou-se que não houve relação entre traumatismo e mordida aberta, tanto anterior quanto posterior. Também não houve associação significativa entre trauma e tipo de selamento labial.

Govindarajan et al. (2012) realizaram um estudo transversal com o objetivo de estimar prevalência e distribuição de traumatismos dentários em dentes anteriores em escolares na faixa etária de 3 a 13 anos. Participaram do estudo 3200 crianças provenientes de 10 escolas que foram divididas em 3 grupos de acordo com a faixa etária: grupo 1: 3-5 anos; grupo 2: 6-9 anos; grupo 3: 10-13 anos. Foram observados: tipo de fratura e etiologia, relação de oclusão, selamento labial, sexo e idade. Os critérios de classificação de Ellis e Davey (1960) foram utilizados para a classificação de traumatismos ocorridos. Das 3200 crianças participantes, 59,06% eram meninos e 10,13% do total apresentou traumatismo dentário. O número de traumatismos foi

significativamente maior em meninos (10,7%) do que em meninas (9,3%). O grupo 1 apresentou maior número de traumas (13,2%), seguido pelo grupo 2 (7,8%). A queda foi identificada como principal causa de traumatismo (41,98%) e, na maioria dos casos apenas um dente se apresentou traumatizado (73,46%). Os incisivos superiores, tanto o central como o lateral, foram os dentes mais afetados e a fratura de esmalte foi a mais encontrada. Houve alta prevalência de traumatismo em crianças com overjet aumentado e selamento labial inadequado. Crianças Classe I sem nenhuma maloclusão (35,82%), Classe I divisão 1 (23,8%) e classe II divisão 1 (14,42%) são as que mais apresentam traumatismos dentários.

Outro estudo realizado por Dua e Sharma (2012) verificou a prevalência de traumatismo dental em crianças de 7-12 anos em escolas particulares. Um total de 880 crianças participou da pesquisa, sendo 495 meninos. Todas as crianças pertenciam aos grupos considerados de média e baixa renda. Realizou-se exame clínico para coleta de dados em relação ao trauma. A prevalência de traumatismo dentário foi de 14,5% e a frequência foi maior no sexo masculino (63,2%). A queda (37,5%) em casa (52%) foi a etiologia mais comum do trauma. O arco mais envolvido foi o superior, 93,7% dos casos e o dente mais afetado foi o incisivo central (43,8%). Em 84,4% dos pacientes apenas um dente foi fraturado, sendo a fratura de esmalte a mais comum de fratura. Nenhum fator de risco foi significativamente mais prevalente, porém crianças Classe II divisão 1 de Angle apresentaram maior número de fraturas.

Com a finalidade de investigar as características associadas ao trauma dentoalveolar em incisivos superiores permanentes Colazzo et. al (2013) realizaram um estudo analítico em escolares de 7 a 12 anos de idade. A amostra final foi composta por 235 escolares atendidos no serviço de odontologia responsável pelo atendimento dos estudantes da escola primária Lazo de la Veja, no município de Marianao em Cuba. A idade foi dicotomizada em dois grupos, um de 7-9 e outro de 10-12 anos, e as variáveis analisadas em ambos os grupos foram sexo, deglutição atípica, respiração bucal, sucção digital e tipo de fratura presente. Os dados foram coletados através da ficha clínica de atendimento, questionário e exame clínico. Houve associação entre a presença de fratura e idade, sendo que o grupo de 10-12 anos apresentou risco à fratura 1,27 vezes maior que o grupo de 7-9 anos. Em relação ao sexo, os traumatismos foram predominantes no sexo masculino (32,8%), enquanto que apenas 13,3% representaram às fraturas apresentadas pelo sexo feminino. A presença de hábitos bucais deletérios representou um fator de risco ao trauma e apareceu em 33,3% dos escolares com trauma.

O tipo de trauma com maior prevalência foi a fratura coronária sem exposição pulpar (61,8%), seguida pela fratura incompleta (36,4%) e apenas 1,8% da amostra apresentou fratura coronal com exposição pulpar. Referente ao dente mais acometido por trauma, o incisivo central superior esquerdo apresentou maior número de traumas (51,4%) em relação ao incisivo superior direito (38,3%), sendo que os incisivos laterais representaram apenas 10% da amostra.

Com o objetivo de classificar as mordidas abertas anteriores em crianças de 9-14 anos de idade, Mazón et. al (2015) elaboraram um estudo observacional, descritivo e transversal no departamento de Ortodontia da clínica docente "Antonio Briones Montoto" em Pinar del Río, Cuba. A amostra final foi composta por 60 pacientes portadores de MAA. Os pacientes selecionados foram submetidos a uma telerradiografia lateral e análise cefalométrica de Ricketts com a finalidade de identificar o padrão. O sexo feminino representou 65% da amostra, enquanto que o masculino representou 35%. Observou-se a diminuição da prevalência da MAA conforme o aumento da idade. Notou-se que aos 10 anos de idade 16,6% das meninas e 11,6% dos meninos apresentam MAA, enquanto que aos 14 anos as meninas corresponderam a 6,6% e os meninos a 3,3%. Em relação à cor da pele, 61,6% eram de pele branca, 30% de pele negra e 8,3% mestiços. No que se refere aos fatores etiológicos da MAA, a presença de hábitos bucais deletérios foi encontrada em 93,3%, seguida pelo padrão morfogenético vertical (63,3%), herança genética (50%) e incompetência neuromuscular (36,6%). Dos hábitos bucais deletérios, o mais frequente foi a interposição da língua (70%), seguido por respiração bucal (43,3%) e sucção digital (23,3%). Ao relacionar o padrão facial com o tipo de MAA, em pacientes com padrão mesofacial há predomínio de MAA dentária (36,7%) enquanto que em pacientes com padrão dolicofacial de MAA esquelética (40%).

Paiva et. al (2015) realizaram, em uma cidade do sudeste do Brasil, um estudo transversal com estudantes de 12 anos de idade com a finalidade de investigar a prevalência de trauma dental e sua associação com overjet, selamento labial, sexo, classe socioeconômica e consumo de álcool. Os dados clínicos foram coletados através de exame clínico realizado no ambiente escolar e o trauma foi registrado de acordo com a classificação de Andreasen. O overjet foi medido com uma espátula de madeira com o auxílio de compassos digitais e foi considerado acentuado quando >5 mm. O selamento labial foi avaliado baseado no método de O'Mullane e foi considerado adequado quando o lábio em repouso cobria os incisivos superiores. Um questionário desenvolvido

pela equipe da pesquisa foi utilizado para investigar a classe socioeconômica. Para identificar o consumo de álcool, foi utilizado o teste “*The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*”. A amostra foi composta por 588 estudantes, sendo 48,7% do sexo masculino. Os alunos provenientes de escolas públicas foram a maioria (92,2%). Em relação à classe socioeconômica, 75,2% dos estudantes eram de famílias que recebiam até 3 salários mínimos brasileiros por mês. Houve associação positiva entre trauma dental e indicadores socioeconômicos, em 30,6% dos estudantes com família que recebia até 3 salários foi diagnosticado trauma dental. O sexo masculino foi o mais afetado por trauma (34,9%). Os tipos de trauma mais prevalentes foram a fratura de esmalte, seguida pela fratura de esmalte e dentina. O principal fator etiológico de trauma foram as quedas (42,7%). A associação entre overjet aumentado e selamento labial inadequado com trauma dental foi estatisticamente significativa, correspondendo a 65,1% e 49,9% da amostra, respectivamente. O consumo excessivo de álcool foi considerado um fator de risco para a ocorrência de trauma dental.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar a relação entre trauma dental e mordida aberta anterior e overjet acentuado em escolares de 8 a 10 anos de idade regularmente matriculados na rede municipal na cidade de Florianópolis, SC, Brasil.

3.2 Objetivos específicos

- Investigar a ocorrência do trauma dental;
- Estimar a ocorrência de mordida aberta anterior e overjet acentuado;
- Investigar a associação entre o traumatismo dental e a mordida aberta anterior, overjet acentuado e classificação socioeconômica;;
- Investigar a possível associação entre o overjet acentuado e sexo, idade e classificação socioeconômica;;
- Investigar a possível associação entre a mordida aberta anterior e sexo, idade e classificação socioeconômica;;
- Investigar a associação entre trauma dental, sexo, idade e classificação socioeconômica;

4. METODOLOGIA

4.1 Considerações Éticas

Este projeto de pesquisa está vinculado ao macro projeto “Saúde bucal relacionada à qualidade de vida em escolares do município de Florianópolis/SC”, o qual já foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Estado de Santa Catarina sob o parecer nº 902.663(ANEXO 1).

Previamente à coleta de dados, foram enviados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido aos pais/responsáveis (ANEXO 2), informando os objetivos e procedimentos clínicos da pesquisa, e, um termo de assentimento da criança na participação da pesquisa (ANEXO 3).

4.2 Delineamento da Pesquisa

Este estudo é de delineamento transversal, de caráter observacional descritivo com a finalidade de determinar a ocorrência de trauma dental, bem como investigar a possível associação com overjet acentuado e mordida aberta anterior, em escolares de 8 a 10 anos de idade regularmente matriculados nas municipais de Florianópolis, Santa Catarina.

4.3 Seleção da amostra

Foram incluídos na amostra final 232 escolares na faixa etária de 8 a 10 anos de ambos os sexos, regularmente matriculados em escolas municipais de Florianópolis, Santa Catarina, cujos pais autorizaram a participação. Foram incluídas neste estudo as crianças que possuíam o TCLE assinado e estavam regularmente matriculadas. Os critérios de exclusão deste estudo foram uso de medicamentos que interfiram no sistema nervoso central, crianças não alfabetizadas ou que já tenham recebido tratamento ortodôntico prévio e questionário socioeconômico incompleto.

4.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados em escolas da rede pública do município de Florianópolis junto a 232 escolares de 8 a 10 anos de idade.

O exame clínico foi realizado por 4 examinadores e 4 anotadores previamente calibrados. Para a realização da calibração, os critérios de diagnóstico foram apresentados aos examinadores e foi realizado um exercício para a capacitação com fotografias. O segundo estágio da calibração foi o exame clínico das crianças, realizado por quatro cirurgiões-dentistas, considerados padrão-ouro. Depois de 7-14 dias, as mesmas crianças foram reexaminadas pelos avaliadores. O coeficiente *kappa* de Cohen foi utilizado para avaliar a concordância dos resultados inter e intra-examinador ($kappa > 0,7$).

A coleta de dados clínicos foi realizada através de exame clínico intra-bucal realizado no próprio ambiente escolar. Para isso, a criança ficou sentada em uma cadeira, virada de frente para o examinador, com visualização direta da cavidade bucal e iluminada por luz artificial proveniente de uma lanterna de luz LED (Light Emitting Diode). Para o exame clínico foram utilizados espelho clínico, sonda milimetrada e gaze estéril. Todos os demais critérios de biossegurança foram obedecidos.

Os critérios de classificação do trauma dental foram adotados são com base na classificação de Andreasen & Andreasen (1994), sendo eles: fratura de esmalte, fratura de esmalte e dentina e ausência dental. Além desses critérios, a presença ou ausência de alteração de cor da coroa dental, ausência dental por avulsão e presença de fístula/abscesso também foram avaliados.

Para diagnóstico de maloclusão foram observadas as seguintes variáveis: presença/ausência de mordida aberta anterior (MAA) e de overjet acentuado. A MAA foi mensurada com sonda periodontal milimetrada CPI (OMS) e classificada de acordo com os valores obtidos em leve ($< 1\text{mm}$), moderada ($1,1$ a $< 3\text{mm}$) e severa ($\geq 3\text{mm}$). Para o diagnóstico de overjet acentuado foi considerado normal o trespasse positivo entre $0 < x \leq 3$ mm; moderado o: trespasse positivo entre $3 < x \leq 6\text{mm}$ e; severo o: trespasse positivo com $x > 6\text{mm}$. (MEDEIROS et. al, 2007).

Os dados coletados foram anotados em ficha clínica específica (APÊNDICE 1).

Os dados não clínicos foram coletados através do envio de um questionário aos pais/responsáveis para avaliar os dados socioeconômicos aplicando os critérios de classificação econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) (ABEP, 2014)

(ANEXO 5). Foram excluídos os questionários que apresentavam pelo menos uma pergunta não respondida.

4.5 Análise dos dados

Os dados coletados foram computados no programa Excel e analisados através de uma estatística descritiva. A associação entre as variáveis foi verificada através do teste qui-quadrado usando o programa SPSS 21.0. A idade foi dicotomizada em 8 anos e 9-10 anos. A dicotomização das demais variáveis foi realizada de acordo com a Tabela 1. O nível de significância foi estabelecido em 5% ($p < 0,05$).

5. RESULTADOS

Foram avaliadas 232 crianças, destas, 56,5% eram do sexo feminino e 43,5% do sexo masculino. A média de idade dos escolares foi de 8,78 anos (desvio-padrão $\pm 0,74$).

Os resultados obtidos são expressos por meio de tabelas que discriminam em números absolutos e porcentagem a ocorrência de traumatismos dentários e sua associação com sexo, idade, maloclusões e classe socioeconômica.

Tabela 1: Análise descritiva dos dados coletados dos escolares examinados. Florianópolis, SC, Brasil, 2015 (n=232).

Variáveis	n (%)
Sexo	
Feminino	131 (56,5)
Masculino	101 (43,5)
Idade	
8 anos	96 (41,4)
9 anos	91 (39,2)
10 anos	45 (19,4)
Trauma	
Sim	28 (12,1)
Não	204 (87,9)
Overjet acentuado	
Sim	140 (60,3)
Não	92 (39,7)
MAA	
Sim	12 (5,2)
Não	220 (94,8)
Grau de instrução	
≤ 8 anos de estudo	119 (51,3)
≥ 8 anos de estudo	113 (48,7)
Classe Socioeconômica	
≤3 salários mínimos	66 (28,4)
≥3 salários mínimos	166 (71,6)

Não foi observada associação do traumatismo dental com as maloclusões, sexo, idade e classe socioeconômica (Tabela 2).

Tabela 2: Associação do trauma dental em escolares de 8 a 10 de idade em Florianópolis, SC, Brasil, 2015 (n=232)

Variáveis	Trauma Dental		P valor
	Sim n (%)	Não n (%)	
Sexo			
Feminino	13 (9,9)	118 (90,1)	0,253
Masculino	15 (14,9)	86 (85,1)	
Idade			
8 anos	10 (10,4)	86 (89,6)	0,516
9-10 anos	18 (13,2)	118 (86,8)	
Overjet acentuado			
Sim	10 (14,3)	120 (85,7)	0.201
Não	8 (8,7)	84 (91,3)	
MAA			
Sim	0 (0)	12 (100)	0,187
Não	28 (12,7)	192 (87,3)	
Grau de instrução			
≤ 8 anos de estudo	16 (13,4)	103(13,4)	0,665
≥ 8 anos de estudo	12 (10,6)	101(89,4)	
Classe Socioeconômica			
≤3 salários mínimos	18 (10,8)	148 (89,2)	0,363
≥3 salários mínimos	10 (15,2)	56 (84,8)	

***Qui-quadrado**

A presença de traumatismo dentário, foi diagnosticada em 28 crianças, totalizando 36 traumas, resultado que evidencia a presença de mais de um dente traumatizado por criança. A ocorrência de trauma foi de 12,9%. Os dentes mais acometidos por trauma foram os incisivos centrais superiores, o esquerdo (36,1%) mais afetado que o direito (33,3%). O tipo de trauma mais prevalente foi a fratura de esmalte (83,3%), seguida pela fratura de esmalte/dentina (13,9%) e outros (2,8%). Não foram observadas alteração de cor, ausência dental por avulsão/exodontia e presença de fístula/ abscesso devido ao trauma.

Em relação ao grau de instrução do chefe da família, a ocorrência de trauma foi semelhante entre todas as classificações, sendo maior em Fundamental II completo/ Médio incompleto (32,1%), seguida por Fundamental I completo/ Fundamental II e Médio completo/ Superior incompleto, ambas 25%, Superior completo (17,9%). Crianças provenientes de famílias nas quais o grau de instrução do chefe de família foi assinalado como Analfabeto/Fundamental I incompleto não apresentaram nenhum trauma.

Não houve associação entre sexo, idade e overjet acentuado (Tabela 3), bem como com mordida aberta anterior (Tabela 4).

Tabela 3: Associação do overjet acentuado com sexo e idade em escolares de 8 a 10 anos de idade em Florianópolis, SC, Brasil, 2015 (n=232)

Overjet acentuado			
Variáveis	Sim n (%)	Não n (%)	P valor
Sexo			0,988
Feminino	79 (60,3)	52 (39,7)	
Masculino	61 (60,4)	40 (39,6)	
Idade			0,598
8 anos	56 (58,3)	40 (41,7)	
9-10 anos	84 (61,8)	52 (38,2)	

***Qui-quadrado**

Tabela 4: Associação de MAA com sexo e idade em escolares de 8 a 10 de idade em Florianópolis, SC, Brasil, 2015 (n=232)

Variáveis	MAA		P valor
	Sim n (%)	Não n (%)	
Sexo			
Feminino	8 (6,1)	123 (93,9)	0,464
Masculino	4 (4)	97 (96)	
Idade			0,533
8 anos	6 (6,3)	90 (93,8)	
9-10 anos	6 (4,4)	130 (95,6)	

***Qui-quadrado**

6. DISCUSSÃO

Ao analisar a presença de traumatismo dentário, os resultados encontrados no presente estudo foram análogos aos relatados por estudos prévios. Petti e Tarsitani (1996) encontraram a frequência de trauma de 20,26% em seu estudo com 824 escolares italianos. Traebert et. al (2003) realizaram um estudo na cidade de Florianópolis com 307 estudantes e a prevalência de traumatismos encontrada foi de 18,9%. Em estudo realizado por Grimm et. al (2004) com 73.243 estudantes de 131 cidades do estado de São Paulo, a incidência de trauma em dentes anteriores foi de 2,4%. Lima (2010) relata em seu estudo a prevalência de 13,6% de trauma. Em estudo realizado por Schatz et. al (2013) com 1900 escolares, a prevalência de trauma foi de 14,3%. O estudo de Siqueira et. al (2013) foi realizado com 814 crianças e prevalência de traumatismo dentário foi de 34,6%.

O estudo realizado por Kania et. al (1996) relatou resultados semelhantes aos encontrados no presente estudo, a prevalência de trauma foi maior nos incisivos centrais superiores (66,8%) e os tipo de trauma mais frequentes foram a fratura de esmalte (89,4%) e fratura de esmalte/dentina (10,4%). No estudo de Schatz et. al (2013), 91,2% das fraturas foram nos incisivos superiores e as fraturas mais frequentes foram a de esmalte/dentina (48,1%) e de esmalte (39,4%). Lima (2010) relatou em seu estudo a incidência de trauma de 57,7% em incisivos centrais superiores e as fraturas mais comuns foram a de esmalte (52%) e a de esmalte/dentina (34,5%). Todos esses resultados vão de encontro ao que foi relatado neste estudo.

Segundo a análise descritiva, a ocorrência de traumatismo no sexo masculino foi relativamente maior do que no sexo feminino, porém, não houve associação estatisticamente significativa. Consoante aos resultados encontrados neste estudo, Traebert et. al (2003) relatam a prevalência de traumatismos de 22,4% no sexo masculino e 15,1% no feminino, porém a diferença não foi estatisticamente significativa. A prevalência de trauma no estudo realizado por Medeiros e. al (2007) também se mostrou maior no sexo masculino (62,5%) do que no feminino (37,5%), porém sem diferenças entre os sexos ($p>0,05$). No estudo realizado por Soriano e Júnior (2004) não houve associação positiva entre os sexos ($p>0,05$), porém os traumatismos foram mais prevalentes no sexo masculino (30%) do que no sexo feminino (16%).

Schatz et. al (2013) relatam a frequência de trauma maior no sexo masculino (16,1%) do que no sexo feminino (12,1%) e encontraram associação estatisticamente significativa entre sexo e

trauma ($p < 0,05$). Na pesquisa de Lima (2010) os traumatismos se mostraram mais incidentes no sexo masculino (57,8%) do se comparado ao sexo feminino (42,2%), a diferença apresentou significância estatística ($p < 0,05$). Govindarajan (2012) descreve a frequência de traumatismos maior no sexo masculino (10,7%) do que no feminino (9,3%). A baixa prevalência de traumatismos no sexo feminino pode ser compreendida analisando o comportamento, já que os meninos tendem a ser mais agitados e participar de atividades mais enérgicas e esportes mais agressivos. (Govindarajan et. al, 2012; Dua e Sharma, 2012).

A incidência de maloclusão entre os 232 escolares foi elevada, considerando que uma mesma criança pode apresentar mais de um tipo de maloclusão. Soto et. al (2011) relataram a prevalência de maloclusão em 76,8% de uma amostra de 125 crianças estudadas. Em estudo realizado por Medeiros, Cavalcanti e Alencar (2007), a maloclusão foi diagnosticada em 84% das 50 crianças avaliadas. A prevalência de maloclusão também se apresentou alta em estudo realizado por Corsato, Biazevic e Corsato (2005), da amostra de 513 escolares, 86,7% apresentavam algum tipo de maloclusão. A frequência de maloclusão também se apresentou alta em estudo realizado por Oliveira (2007), em que, de 907 crianças da amostra, 96,8% possuíam algum tipo de maloclusão. Embora apresente grande variabilidade, os estudos epidemiológicos realizados demonstram que a prevalência de maloclusão é alta na fase de dentadura mista. Segundo Boeck (2013) altas taxas de prevalência de maloclusão são esperadas, pois a fase de dentadura mista apresenta maior susceptibilidade à mudanças oclusais, trocas dentárias e hábitos deletérios.

Das maloclusões avaliadas (overjet acentuado e MAA), o overjet acentuado foi o mais frequente. No estudo realizado por Almeida et. al (2007) o overjet aumentando foi a maloclusão mais prevalente, esteve presente em 86,9% da amostra de 957 crianças, seguido por MAA (5,9%). No estudo de Medeiros, Cavalcanti e Alencar (2007), 50 crianças foram avaliadas, e 50% possuíam overjet acentuado e 28% MAA. No estudo de Carvalho, Alves e Alves (2011) o overjet aumentado foi encontrado em 21,4% e a MAA não foi avaliada.

Atenção especial deve ser dada ao fato de que a MAA apresenta a menor prevalência dentre as maloclusões. O estudo realizado por Méndez et. al (2015), com 210 crianças de 5 a 11 anos, encontrou valor semelhante, a MAA está presente em somente em 6,3% da amostra. Porém, em levantamentos realizados por Sousa e Sousa (2013) e Thomaz e Valença (2005), a frequência de MAA foi de 11,7% e 15,5%, respectivamente. O estudo realizado por Almeida et. al (2011) compara

a prevalência de maloclusão na dentição decídua com a dentição mista. Na cidade de Bauru, a MAA foi a maloclusão mais prevalente, com incidência de 23% na dentição mista. Segundo Almeida et. al (2011), como geralmente a MAA está relacionada à hábitos bucais deletérios, como o de sucção digital, é compreensível que a incidência seja menor na dentição mista, uma vez que esses hábitos são mais frequentes na primeira infância .

No presente estudo, o overjet acentuado e a MAA mostraram-se com valores superiores para o sexo feminino, quando comparado ao sexo masculino, porém sem diferença estatisticamente significativa corroborando com estudos prévios realizados por Medeiros et. al (2007), Boeck et. al (2013) e SOUSA e SOUSA (2013).

Ao analisar a relação entre trauma e overjet acentuado, uma pequena parte da amostra com overjet aumentado foi diagnosticada com trauma dental. Essa associação não se apresentou significativa, resultado que é contraditório em relação a estudos realizados previamente. Na pesquisa de Grimm et. al (2004), 52% da amostra que foi diagnosticada com trauma possuía overjet de $\geq 3\text{mm}$ ($p < 0,001$). Petti e Tarsitani (1996) apontaram o overjet aumentado como fator de risco para o trauma dental, com incidência em 30,26% da amostra ($p < 0,0001$). A presença de overjet aumentando também se mostrou estatisticamente significativa ($p = 0,01$) no estudo de Goettems et. al (2012).

A associação entre trauma e MAA também não se mostrou estatisticamente significativa . Resultado condizente foi encontrado por Goettems et. al (2012), onde $p = 0,160$. No estudo de Medeiros et. al (2007), foi encontrada uma associação positiva entre o traumatismo dental e o selamento labial inadequado ($p < 0,05$). Gupta et. al (2011) também relatam associação estatisticamente significativa entre o selamento labial inadequado e trauma ($p = 0,001$).

A associação entre traumatismo dentário, classe socioeconômica e escolaridade do chefe da família não se mostrou estatisticamente significativa no presente estudo. Corroborando com os resultados encontrados, o estudo realizado por Paiva et. al (2010) encontrou maior ocorrência de trauma nas classes C-D-E (29,3%) do que nas classes A-B (5,3%), porém a associação entre as variáveis se provou estatisticamente insignificante. No estudo realizado por Fujeri et. al (2015) não se observou associação estatisticamente significativa entre o trauma dentário e renda familiar ($p = 0,65$) e grau de instrução ($p = 0,49$). Em contrapartida, a pesquisa realizada por Teixeira et. al (2013), encontrou associação estatisticamente significativa entre as variáveis trauma sem exposição pulpá e classe socioeconômica, sendo que

escolares provenientes de famílias com baixo índice socioeconômico eram 78% mais propensos a apresentar trauma sem exposição pulpar. Essa diferença pode ser devido ao uso de diferentes indicadores socioeconômicos bem como a variação de pontos de corte e valor do salário mínimo vigente no local (Feldens et.al, 2013).

Essa diferença observada entre este estudo e estudos prévios, provavelmente, deve-se aos diferentes critérios metodológicos adotados como, por exemplo, número amostral, diferenças no exame clínico e diferenças entre faixas etárias.

7. CONCLUSÃO

Com o presente estudo foi possível observar que a ocorrência de traumatismos dentários foi relativamente baixa entre os escolares de escolas municipais de Florianópolis/SC. Em contrapartida, as maloclusões se apresentaram com alta ocorrência, e o overjet acentuado foi o tipo de maloclusão mais prevalente. Não houve associação estatisticamente significativa entre trauma e as variáveis sexo, idade e classificação socioeconômica.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, Maria Eliana Cruz de et al. Prevalência da má oclusão em escolares da rede estadual do município de Manaus-AM-Brasil. **RGO-Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 55, n. 4, 2007.
2. ALTUN, Ceyhan et al. Traumatic injuries to permanent teeth in Turkish children, Ankara. **Dental traumatology**, v. 25, n. 3, p. 309-313, 2009.
3. ANDREASEN, Jens O.; ANDREASEN, Frances M. Dental traumatology: quo vadis. **Dental Traumatology**, v. 6, n. 2, p. 78-80, 1990.
4. BOECK, Eloisa Marcantonio et al. Prevalência de malocclusão em escolares de 5 a 12 anos de rede municipal de ensino de Araraquara. **Rev Cefac**, v. 15, n. 5, p. 1270-80, 2013.
5. CARVALHO, Denise Maciel; ALVES, José Bento; ALVES, Maria Helena. Prevalência de maloclusões em escolares de baixo nível socioeconômico. **RGO. Revista Gaúcha de Odontologia (Online)**, v. 59, n. 1, p. 71-77, 2011.
6. CAVALCANTI, Alessandro Leite et al. Prevalence of Malocclusion in 6-12 Year-Old Schoolchildren in the City of Campina Grande, PB, Brazil. **Brazilian Research in Pediatric Dentistry and Integrated Clinic**, v. 8, n. 1, p. 99-104, 2008.
7. CAVALCANTI, Alessandro Leite et al. Traumatic anterior dental injuries in 7-to 12-year-old Brazilian children. **Dental Traumatology**, v. 25, n. 2, p. 198-202, 2009.
8. DE ALMEIDA, Marcio Rodrigues et al. Prevalência de má oclusão em crianças de 7 a 12 anos de idade. **Dental Press J Orthod**, v. 16, n. 4, p. 123-31, July-Aug. 2011.
9. DAMÉ-TEIXEIRA, Nailê et al. Traumatic dental injury among 12-year-old South Brazilian schoolchildren: prevalence, severity, and risk indicators. **Dental traumatology**, v. 29, n. 1, p. 52-58, 2013.
10. DE OLIVEIRA ALVES, João Anselmo; FORTE, Franklin Delano Soares; SAMPAIO, Fábio Correla. Condição socioeconomica e prevalência de más oclusões em crianças de 5 e 12 anos na USF Castelo Branco III-João Pessoa/Paraíba. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, v. 14, n. 3, 2009.

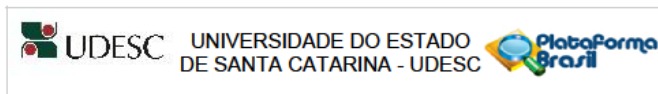
11. DE OLIVEIRA, RICARDO CESAR GOBBI. Prevalência de más oclusões em escolares de 7 a 9 anos na cidade de Maringá-PR. 2007.
12. DE PAIVA, Haroldo Neves et al. Is there an association between traumatic dental injury and social capital, binge drinking and socioeconomic indicators among schoolchildren?. **PloS one**, v. 10, n. 2, 2015.
13. DÍAZ MÉNDEZ, Haideé et al. Prevalencia de maloclusiones en niños de la escuela Carlos Cuquejo del municipio Puerto Padre, Las Tunas. **MediSur**, v. 13, n. 4, p. 494-499, 2015.
14. DAMÉ-TEIXEIRA, Nailê et al. Traumatic dental injury among 12-year-old South Brazilian schoolchildren: prevalence, severity, and risk indicators. **Dental traumatology**, v. 29, n. 1, p. 52-58, 2013.
15. DUA, Rohini; SHARMA, Sunila. Prevalence, causes, and correlates of traumatic dental injuries among seven-to-twelve-year-old school children in Dera Bassi. **Contemporary clinical dentistry**, v. 3, n. 1, p. 38, 2012.
16. PAIVA, Paula Cristina Pelli et al. Estudo transversal em escolares de 12 anos de idade sobre a necessidade de tratamento, etiologia e ocorrência de traumatismo dentário em Montes Claros, Brasil. **Arquivos em Odontologia**, v. 49, n. 1, p. 19-25, 2013.
17. FELDENS, Carlos Alberto et al. Socioeconomic status and traumatic dental injuries. **Dental Traumatology**, v. 29, n. 3, p. 248-250, 2013.
18. FERNÁNDEZ COLLAZO, María Elena et al. Características asociadas al trauma dentoalveolar en incisivos superiores. **Revista Cubana de Estomatología**, v. 50, n. 2, p. 0-0, 2013.
19. FRUJERI, Maria de Lourdes Vieira et al. Socio-economic indicators and predisposing factors associated with traumatic dental injuries in schoolchildren at Brasília, Brazil: a cross-sectional, population-based study. **BMC oral health**, v. 14, n. 1, p. 1, 2014.
20. GOETTEMES, Marília Leão et al. Dental trauma occurrence and occlusal characteristics in Brazilian preschool children. **Pediatric dentistry**, v. 34, n. 2, p. 104-107, 2012.
21. GOVINDARAJAN, Mohan et al. Prevalence of traumatic dental injuries to the anterior teeth among three to thirteen-year-

- old school children of Tamilnadu. **Contemporary clinical dentistry**, v. 3, n. 2, p. 164, 2012.
22. GRIMM, Sylvia et al. Dental injury among Brazilian schoolchildren in the state of São Paulo. **Dental traumatology**, v. 20, n. 3, p. 134-138, 2004.
 23. GUPTA, Shipra et al. Prevalence of traumatic dental injuries and role of incisal overjet and inadequate lip coverage as risk factors among 4-15 years old government school children in Baddi-Barotiwalla Area, Himachal Pradesh, India. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v. 16, n. 7, p.e960-5, 2011.
 24. HERNÁNDEZ MAZÓN, Elisabet et al. Las mordidas abiertas anteriores en pacientes de 9 a 14 años de edad. **Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río**, v. 19, n. 5, p. 820-829, 2015.
 25. KANIA, Michael J. et al. Risk factors associated with incisor injury in elementary school children. **The Angle Orthodontist**, v. 66, n. 6, p. 423-432, 1996.
 26. LIMA, Daniela Coelho de. Traumatismo alvéolo-dentário: prevalência em crianças e conhecimento de educadores do ensino fundamental. 2010. Disponível em : <http://repositorio.unesp.br/handle/11449/104200>. Acesso em 09 de março de 2016;
 27. MARCENES, Wagner; ALESSI, O. N.; TRAEBERT, Jefferson. Causes and prevalence of traumatic injuries to the permanent incisors of school children aged 12 years in Jaragua do Sul, Brazil. **International dental journal**, v. 50, n. 2, p. 87-92, 2000.
 28. MEDEIROS, Priscilla K. B; CAVALCANTI, Alessandro L.; ALENCAR, Catarina R. B. Maloclusões e traumatismos dentários em escolares de seis a doze anos de idade: estudo piloto. **UFES Rev. Odontol.**, Vitória, v.9, n.1, p.26-32, jan./abr. 2007.
 29. MICHEL-CROSATO, Edgard; BIAZEVIC, Maria Gabriela Haye; CROSATO, Edgard. Relação entre maloclusão e impactos nas atividades diárias: um estudo de base populacional. **Rev Odontol UNESP**, v. 34, n. 1, p. 37-42, 2005.
 30. PATEL, M. C. et al. The prevalence of traumatic dental injuries to permanent anterior teeth and its relation with predisposing risk factors among 8-13 years school children of Vadodara city: An epidemiological study. **Journal of Indian Society of**

- Pedodontics and Preventive Dentistry**, v. 30, n. 2, p. 151, 2012.
31. PÉREZ CORDERO, Yarisleydis et al. Influencia del sobrepase y la incompetencia bilabial como factores predisponentes de traumatismos dentoalveolares. **Revista Cubana de Estomatología**, v. 48, n. 4, p. 363-370, 2011.
 32. PETTI, S.; TARSITANI, G. Traumatic injuries to anterior teeth in Italian schoolchildren: prevalence and risk factors. **Dental Traumatology**, v. 12, n. 6, p. 294-297, 1996.
 33. QUARANTA, A. et al. What do parents know about dental trauma among school-age children? A pilot study. **Ann Ig**, v. 26, p. 443-446, 2014.
 34. RODRÍGUEZ SOTO, Agustín et al. Traumas dentoalveolares relacionados con maloclusiones en menores de 15 años. **Revista Cubana de Estomatología**, v. 48, n. 3, p. 241-248, 2011.
 35. ROUHANI, Armita et al. Anterior traumatic dental injuries in East Iranian school children: prevalence and risk factors. **Iranian endodontic journal**, v. 10, n. 1, p. 35, 2015.
 36. SCHATZ, Jean-Paul et al. Prevalence of traumatic injuries to permanent dentition and its association with overjet in a Swiss child population. **Dental traumatology**, v. 29, n. 2, p. 110-114, 2013.
 37. SIQUEIRA, Maria B. et al. Impact of traumatic dental injury on the quality of life of brazilian preschool children. **International journal of environmental research and public health**, v. 10, n. 12, p. 6422-6441, 2013.
 38. SOARES, Eugênia Machado. Lesões traumáticas em dentes decíduos e permanentes jovens: estudo retrospectivo de pacientes atendidos na FO-UFRGS. 2012. Disponível em : <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/78963> Acesso em : 24 de fevereiro de 2016.
 39. SORIANO, Evelyne Pessoa Soriano; CALDAS JÚNIOR, Arnaldo de França.. Relação entre overjet e traumatismo dental em escolares de Recife. **Jornal Brasileiro de ORTODONTIA & Ortopedia Facial**, v. 9, n. 51, 2004.
 40. SOUSA, Jossaria Pereira de; SOUSA, Simone Alves de. Prevalência de má oclusão em escolares de 7 a 9 anos de idade do Polo 1 da Rede Municipal de Ensino em João Pessoa-PB. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 42, n. 2, p. 117-123, 2013.

41. THOMAZ, E. B. A. F.; VALENÇA, Ana Maria Gondim. Prevalência de má-oclusão e fatores relacionados à sua ocorrência em pré-escolares da cidade de São Luís-MA-Brasil. **RPG Rev Pós Grad**, v. 12, n. 2, p. 212-21, 2005.
42. TRAEBERT, Jefferson et al. Prevalence of traumatic dental injury and associated factors among 12-year-old school children in Florianópolis, Brazil. **Dental traumatology**, v. 19, n. 1, p. 15-18, 2003.
43. ZALECKIENE, Vaida et al. Traumatic dental injuries: etiology, prevalence and possible outcomes. **Stomatologija**, v. 16, n. 1, p. 7-14, 2014.

ANEXO 1- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAÚDE BUCAL RELACIONADA À QUALIDADE DE VIDA EM ESCOLARES DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS/SC.

Pesquisador: Michele Bolan

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 36599914.8.0000.0118

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 902.063

Data da Relatoria: 07/12/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se da versão 3 para atendimento ao Parecer Consubstanciado nº 881.055 emitido em 20/11/2014.

Pesquisa descritiva com desenho epidemiológico sobre saúde bucal de crianças na faixa etária de 8 a 10 anos de idade, participantes do estudo são escolares de 8 a 10 anos de idade do município de Florianópolis/SC, total de 1275 participantes escolares e 1275 de pais e professores, total de participantes no estudo = 2.550. Projeto com financiamento próprio. Início do estudo datado para 20/08/2014 e término em 30/10/2015. O método da coleta dos dados consiste na realização de exames clínicos (odontológicos) e questionário para as crianças e pais, informado no Projeto Detalhado.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Conhecer a percepção dos escolares (8-10 anos) da rede municipal na cidade de Florianópolis-SC, em relação à sua qualidade de vida relacionada à sua saúde bucal.

Objetivo Secundário:

Avaliar o impacto da cárie dental, fluorose dentária, PUFA, trauma dental, maloclusões (mordida

Endereço: Av. Madre Benvenuta, 2007	CEP: 88.035-001
Bairro: Itacorubi	
UF: SC	Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3321-8195	Fax: (48)3321-8195
	E-mail: cepsh.reitoria@udesc.br



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DE SANTA CATARINA - UDESC



Continuação do Parecer: 902.903

13) Inserir na metodologia dos projetos a descrição do local onde ocorrerá o exame clínico das crianças visando segurança, anonimato e não exposição da criança diante dos colegas - PENDÊNCIA CUMPRIDA.

14) Esclarecer o uso da sonda milimetrada e se esta poderá ocasionar lesões na gengiva e qual procedimento serão tomados. Constando este esclarecimento também no TCLE - PENDÊNCIA CUMPRIDA, esclarecido de que se trata de medição sem invasão tecidual.

PENDÊNCIAS ATUAIS ATENDIDAS

1 - Inserir no Projeto Básico e Detalhado os pais como participantes da pesquisa - PENDÊNCIA CUMPRIDA.

2 - Inserir no projeto básico no campo: ID grupo - os pais - PENDÊNCIA CUMPRIDA.

3 - Incluir nova folha de rosto, pois a atual consta de 990 indivíduos participantes e no Projeto Básico no campo: Informe o número de indivíduos abordados pessoalmente, recrutados, ou que sofrerão algum tipo de intervenção neste centro de pesquisa -

1.275. Incluir os pais que responderão ao questionário. PENDÊNCIA CUMPRIDA, Inserido nova Folha de Rosto com 2.550 participantes.

4 - Informar o número de pais responsáveis enquanto sujeitos participantes da pesquisa, totalizando-os para informar na nova Folha de Rosto, pois os sujeitos participantes informados nos projetos da Plataforma Brasil (crianças e pais) devem ser os mesmos do nº informado na Folha de Rosto. PENDÊNCIA CUMPRIDA, Inserido no campo ID do protocolo: 1275 - escolares e 1275 - pais e professores.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Madre Benvenuta, 2007

Bairro: Itacorubi

CEP: 88.035-001

UF: SC

Município: FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)3321-8195

Fax: (48)3321-8195

E-mail: cep@reitoria@udesc.br

ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



PAIS/RESPONSÁVEIS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) seu(ua) filho(a)/dependente está sendo convidado a participar de uma pesquisa de Mestrado intitulada Saúde Bucal relacionada à qualidade de vida em escolares do município de Florianópolis/SC, que fará entrevista e exame bucal, tendo como objetivo conhecer a percepção dos escolares (8-10 anos) em relação à sua qualidade de vida relacionada à sua saúde bucal. Serão previamente marcados a data e horário para as entrevistas e exame bucal, utilizando questionário e equipamentos de exame. O exame clínico das crianças será realizado no próprio ambiente escolar, com a criança comodamente sentada em uma cadeira comum, de frente para o examinador, mediante observação visual direta da cavidade bucal e iluminação artificial (lanterna de luz de LED – Diodo Emissor de Luz). Serão utilizados espelhos clínicos, sonda milimetrada e gases estéreis para secagem e limpeza da região. Todas as normas de biossegurança serão consideradas (material estéril, luvas, gorros e máscaras descartáveis). O uso da sonda milimetrada não será de forma invasiva, e sim, somente para medição de overjet, mordida aberta e diastema. Estas medidas serão realizadas na própria Escola. Não é obrigatório participar da pesquisa.

A pesquisa a ser desenvolvida apresenta riscos mínimos para os sujeitos envolvidos, tendo em vista tratar-se de coleta de dados por meio de exame clínico e entrevista, cuja participação é voluntária. As crianças ao terem que responder ao questionário e muitas questões dizem respeito a auto-imagem, poderá ser gerador de estresse emocional. Na etapa do exame clínico poderá ocorrer certo desconforto pela presença próxima do dentista, também podendo gerar estresse social e emocional. Para minimizar os riscos para as crianças os exames serão feitos de forma individual, em local reservado, visando a não exposição da criança na frente dos colegas.

A identidade do(a) seu(ua) filho(a)/dependente será preservada pois cada indivíduo será identificado por um número. Os benefícios e vantagens em participar deste estudo serão avaliação clínica da criança com possibilidade de encaminhamento para atendimento na Universidade Federal de Santa Catarina, além disso, através de suas percepções, poderemos contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde mais direcionadas para a percepção da criança e sua qualidade de vida. As pessoas que estarão acompanhando os procedimentos serão os pesquisadores estudante de mestrado: Ângela Giacomini, Bruna Miroski Gonçalves, Daniele Klein e Fernanda Marques Torres e professor

responsável: Michele da Silva Bolan. O(a) senhor(a) poderá retirar o(a) seu(ua) filho(a)/dependente do estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de constrangimento.

Solicitamos a sua autorização para o uso dos dados do(a) seu(ua) filho(a)/dependente para a produção de artigos técnicos e científicos. A privacidade do(a) seu(ua) filho(a)/dependente será mantida através da não-identificação do nome. Este termo de consentimento livre e esclarecido é feito em duas vias, sendo que uma delas ficará em poder do pesquisador e outra com o sujeito participante da pesquisa. Agradecemos a participação do(a) seu(ua) filho(a)/dependente.

Profa. Dra MICHELE BOLAN – Pesquisadora Responsável

(48) 37219920

Campus Universitário – Trindade – Caixa Postal 476 CEP: 88040900

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – CEPESH/UDESC

Av. Madre Benvenuta, 2007 – Itacorubi – Fone: (48)3321-8195 – e-mail:

cepsh.reitoria@udesc.br

CEP: 88035-001 Florianópolis – SC

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e, que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e, que todos os dados a respeito do meu(minha) filho(a)/dependente serão sigilosos. Eu compreendo que neste estudo, as medições dos experimentos/procedimentos de tratamento serão feitas em meu (minha) filho(a)/dependente, e que fui informado que posso retirar meu(minha) filho(a)/dependente do estudo a qualquer momento.

Nome por extenso

Assinatura _____

Local: _____ Data: _____

____/____/____.

ANEXO 3- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CRIANÇAS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Somos dentistas e alunos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e estamos realizando um estudo para avaliar as consequências dos problemas bucais na qualidade de seus (a) filhos (a) por isso, precisamos da sua colaboração. O (a) senhor(a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa de Mestrado intitulada Saúde Bucal relacionada à qualidade de vida em escolares do município de Florianópolis/SC, que fará aplicação de questionário, tendo como objetivo saber os hábitos bucais de seus filhos e questões socioeconômicas para podermos relacionar estas informações com a qualidade de vida de seus filhos. Será enviado para casa dois questionários via agenda individual de seu (a) filho (a) a serem respondidos. Não é obrigatório participar da pesquisa.

Os riscos destes procedimentos serão mínimos por poder gerar estresse emocional e social ao envolver questões relacionadas à saúde de seu (a) filho (a) e condições financeiras da família. A sua identidade será preservada, pois cada indivíduo será identificado por um número. Os benefícios e vantagens em participar deste estudo serão, você estará contribuindo para a saúde de seu (a) filho (a), pois através de exame bucal, ele poderá ser encaminhado para atendimento na Universidade Federal de Santa Catarina. Além disso, através de suas percepções, poderemos contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde mais direcionadas para a percepção da criança e sua qualidade de vida.

As pessoas que estarão acompanhando os procedimentos serão os pesquisadores estudentes de mestrado: Ângela Giacomini, Bruna Miroski Gonçalves, Daniele Klein e Fernanda Marques Torres e professor responsável: Michele da Silva Bolan.

O(a) senhor(a) poderá se retirar do estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de constrangimento. Solicitamos a sua autorização para o uso de seus dados para a produção de artigos técnicos e científicos. A sua privacidade será mantida através da não-identificação do seu nome. Este termo de consentimento livre e esclarecido é feito em duas vias, sendo que uma delas ficará em poder do pesquisador e outra com o sujeito participante da pesquisa. Agradecemos a sua participação.

Profa. Dra MICHELE BOLAN – Pesquisadora Responsável
(48) 37219920

Campus Universitário – Trindade – Caixa Postal 476 CEP: 88040900

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – CEPESH/UDESC

Av. Madre Benvenuta, 2007 – Itacorubi – Fone: (48)3321-8195 – e-mail:

cepsh.reitoria@udesc.br

CEP: 88035-001 Florianópolis - SC

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e, que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e, que todos os dados a meu respeito serão sigilosos. Eu compreendo que neste estudo, as medições dos experimentos/procedimentos de tratamento serão feitas em mim, e que fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento.

Nome por extenso

Assinatura _____

Local: _____

Data:

____/____/____ .

ANEXO 4– QUESTIONÁRIO SÓCIOECONÔMICO

Em relação ao grau de instrução do chefe de família. (Marque com um “X”).

Escolaridade do Chefe da Família

- () analfabeto / fundamental I incompleto
- () fundamental I completo / fundamental II incompleto
- () fundamental II completo / médio incompleto
- () médio completo / superior incompleto
- () superior completo

No lugar em que você mora tem: (Marque com um “X”)

Água encanada () sim () não

Rua Pavimentada () sim () não

Quais dos itens abaixo você possui? (Marque com um “X”)

Banheiros	() 0	() 1	() 2	() 3	() 4 ou +
Empregado doméstico	() 0	() 1	() 2	() 3	() 4 ou +
Automóveis	() 0	() 1	() 2	() 3	() 4 ou +
Computador	() 0	() 1	() 2	() 3	() 4 ou +
Lava Louça	() 0	() 1	() 2	() 3	() 4 ou +
Geladeira	() 0	() 1	() 2	() 3	() 4 ou +
Freezer	() 0	() 1	() 2	() 3	() 4 ou +
Lava Roupa	() 0	() 1	() 2	() 3	() 4 ou +
DVD	() 0	() 1	() 2	() 3	() 4 ou +
Micro-ondas	() 0	() 1	() 2	() 3	() 4 ou +
Motocicleta	() 0	() 1	() 2	() 3	() 4 ou +
Secadora de Roupa	() 0	() 1	() 2	() 3	() 4 ou +

APÊNDICE 1 – FICHA CLÍNICA

Data: ____/____/____ Anotador: _____
 Examinador: _____
 Criança: _____
 Gênero: () M () F Idade: _____
 Escola: _____

TRAUMATISMO DENTÁRIO

☐ Não

53	52	51	61	62	63
13	12	11	21	22	23
43	42	41	31	32	33
83	82	81	71	72	73

PRESENÇA DE MORDIDA ABERTA ANTERIOR

☐ Normal ☐ Topo ☐ <3mm ☐ ≥3mm

PRESENÇA DO OVERJET

☐ Classe III ☐ Topo ☐ <3mm/normal ☐ ≥3mm

PRESENÇA DE MORDIDA CRUZADA POSTERIOR

☐ Ausente ☐ Unilateral ☐ Bilateral